

Etude pour vérifier la cohérence du groupage en GHM selon la classification utilisée pour le codage des actes (CdAM ou CCAM)

Objectif :

Vérifier que le groupage en CdAM et en CCAM aboutit au même GHM à partir d'un même compte rendu opératoire, pour le plus de situations différentes possibles utilisant les actes classant.

Un nombre initial de 1000 comptes rendus opératoires pour le secteur hospitalier privé et 1000 comptes rendus opératoires pour le secteur hospitalier public a été retenu.

Méthode :

Un recensement des situations différentes utilisant des actes classant a été réalisé à partir de la base régionale Rhône-Alpes (à défaut de disposer de la base nationale) codée en CdAM. Comme un même RSA peut comporter plusieurs actes classant, un acte classant "principal" a été défini, comme l'acte classant du RSA ayant l'ICR le plus élevé.

Puis parmi les différents actes principaux recensés sur la base régionale, un tirage au sort a été effectué afin d'en sélectionner 1000 différents.

Ce tirage au sort a été stratifié sur la subdivision CdAM (paragraphe ou sous paragraphe) pour éviter de sur représenter des actes plus finement décrits. On devrait donc retrouver dans le tirage au sort au moins un acte de chacune des subdivisions.

Ce tirage au sort a été fait d'une part sur la base publique, et d'autre part sur la base privée.

A partir de ce tirage au sort, ont été recodés des comptes rendus opératoires de séjours comportant les actes principaux sélectionnés.

Tirage au sort

Pour la base publique :

Le nombre d'actes principaux classant différents était de 4026. Ils appartenait à 738 subdivisions différentes du CdAM.

Les 1000 actes principaux sélectionnés correspondent à 23,2% des RSA avec actes classant de la base 2001.

Pour la base privée :

Le nombre d'actes principaux classant différents était de 3227. Ils appartenait à 689 subdivisions différentes du CdAM.

Les 1000 actes principaux sélectionnés correspondent à 33,2% des RSA avec actes classant de la base 2001.

Extraction des comptes rendus opératoires

Public : sur les 1000 actes différents tirés au sort, seuls 521 ont pu faire l'objet d'une extraction de comptes rendus opératoires à partir d'un seul établissement. Ces 521 actes concernent la majorité des spécialités chirurgicales : neurochirurgie, chirurgie maxillo-faciale, ORL, urologie, chirurgie digestive, chirurgie orthopédique, chirurgie de la main, chirurgie vasculaire, gynécologie...

Seule la chirurgie cardiaque n'est pas représentée.

La répartition entre ces spécialités est la suivante :

Discipline	Effectif
Système nerveux	41
Œil	36
ORL	81
Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale	19
Appareil digestif	65
Paroi abdominale	14
Appareil urinaire	23
Appareil génital masculin	11
Appareil génital féminin	40
Obstétrique	7
Appareil respiratoire	19
Cœur	17
Vaisseaux	26
Appareil locomoteur	122
Sein, peau et parties molles	17
Glandes endocrines	11
Système lymphatique et organes hématopoïétiques	15
Anesthésie	3
Radiologie interventionnelle	10
Réanimation	2

Privé : parmi les 1000 actes différents tirés au sort, 327 comptes rendus opératoires ont pu être extraits, provenant de 6 établissements ou groupes d'établissements différents. Les spécialités étaient représentées selon la répartition suivante :

Discipline	Effectif
Système nerveux	5
Œil	23
ORL	27
Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale	8
Appareil digestif	49
Paroi abdominale	22
Appareil urinaire	26
Appareil génital masculin	11
Appareil génital féminin	29
Obstétrique	1
Appareil respiratoire	62
Cœur	19
Vaisseaux	75
Appareil locomoteur	11
Sein, peau et parties molles	3
Système lymphatique et organes hématopoiétiques	7
Anesthésie	4
Radiologie interventionnelle	19
Codage inconnu	40

Double codage des comptes rendus opératoires

Public : 412 comptes rendus opératoires issus de l'établissement public ont été recodés en aveugle en CdAM et en CCAM.

Privé : 327 comptes rendus opératoires issus des établissements privés ont été recodés en aveugle en CdAM et en CCAM.

Différences de groupage entre codage initial et codage final

La précision des libellés de la CCAM, leur non ambiguïté et leur exhaustivité permet un codage plus exact qu'avec le CdAM et limite les erreurs. On peut donc penser que les établissements utilisant la CCAM peuvent avoir des différences de groupage en raison du risque moindre d'erreur de codage lié à cet outil.

Pour vérifier si cette évolution peut avoir une influence significative, le codage initial (celui pratiqué par l'établissement) a été utilisé pour grouper les résumés, et comparé avec le groupage du même résumé codé en CCAM.

Les résultats sont donnés ci-dessous :

Public : après le recodage en aveugle, il a été possible de revenir au codage initial pour la totalité des dossiers.

Le nombre de dossiers avec des différences entre le codage initial et le codage final était de 47 (11,4%) :

Le nombre d'erreurs de codage entraînant une différence de groupage était de 17 (4,1%)

Le nombre de dossiers où le groupage était différent entre le codage CdAM et le codage CCAM, sans erreur de codage, était de 35 (8,5%).

Les causes de groupages différents sont détaillées au paragraphe suivant.

Privé : après le recodage en aveugle, il a été possible de revenir au codage initial pour la totalité des dossiers.

Le nombre de dossiers avec des différences entre le codage initial et le codage final était de 43 (13,1%).

Le nombre d'erreurs de codage entraînant une différence de groupage était de 7 (2,1%)

Le nombre de dossiers où le groupage était différent entre le codage CdAM et le codage CCAM, sans erreur de codage, était de 16 (4,9%).

Les causes de groupages différents sont détaillées au paragraphe suivant.

Les différences de groupage non liées à des erreurs de codage

Insuffisance de précision du CdAM

- Exérèse chirurgicale de lésions angiomateuses du gland sous anesthésie générale : il n'existe pas d'excision chirurgicale de lésion du gland dans le CdAM. Par assimilation, le code N597 est utilisé (GHM 476). L'utilisation du code correct dans la CCAM (JHFA018) conduit au GHM 500.

- L'ablation de matériel d'ostéosynthèse articulaire d'un doigt n'existe pas dans le CdAM. Le codage par assimilation (W324) conduit au GHM 317, alors que le codage correct par la CCAM (MDGA002) conduit au GHM 310.

- La thromboaspiration par voie endovasculaire transcutanée n'existe pas dans le CdAM. Il existe un acte de thrombectomie par voie endoaortique, mais lors d'une laparotomie (K691), qui oriente dans le GHM 160, alors que l'acte correct dans la CCAM (EDJF001) oriente dans le GHM 188.
- Il n'existe pas de code de pose d'endoprothèse du côlon dans le CdAM.
- Il n'existe pas de code de réimplantation immédiate des parathyroïdes lors d'une thyroïdectomie dans le CdAM, aussi le code G091 de réimplantation secondaire était utilisé. Les thyroïdectomies allaient donc dans le GHM 408. Avec le principe de l'acte global, la réimplantation des thyroïdes est comprise dans la CCAM, et l'acte KCFA005 oriente vers le GHM 409.
- Le code F130 (implantation d'un système de télémétrie) était utilisé par les neurochirurgiens pour la pose d'implants vissés intraosseux pour repérage IRM par surgiscope, ce qui orientait dans un GHM de craniotomie (001), alors que le code CCAM ACQN003 est non classant.
- Le code CdAM de biopsies étagées du côlon chez l'enfant (L658) oriente vers le GHM 221 (la voie d'abord est non précisée) alors que celui correspondant au code CCAM (HHQE002) oriente vers le GHM 260.
- Il n'existe pas d'acte d'ablation de corps étranger urétral par endoscopie dans le CdAM. L'utilisation du code correspondant dans la CCAM induit un changement de GHM.
- L'utilisation de codes insuffisamment précis dans le CdAM et de leur équivalent dans la CCAM induit un changement de GHM :
 - T731 ->GHM 312 ; NBPA003 ->GHM 297
 - T733 ->GHM 320 ; NCPA013 ->GHM 305
- L'absence de précision du CdAM lors du traitement de fractures articulaires aboutit à des différences de groupage :
 - W175 ->GHM 312 ; MBCA012 ->GHM 305
 - W545 ->GHM 305 ; NBGA001 ->GHM 310
 - W521->GHM 310 ; NBGA002 ->GHM 309
 - W274->GHM 317 ; MCCB004 ->GHM 312
 - W067->GHM 312 ; MBCA009 ->GHM 305
- L'acte W566 peut être par abord ouvert ou par arthroscopie. Il oriente vers le GHM 308. Le même acte par arthroscopie dans la CCAM (NFPC002) oriente vers le GHM 318.

- L'acte T760 de suture tendineuse ne précise pas la localisation (épaule par exemple) et oriente vers le GHM 315. L'acte MJEA010 de suture de la coiffe des rotateurs oriente vers le GHM 312.
- La pose d'implant à visée réfractive n'existe pas dans le CdAM.
- L'extraction de corps étranger de la peau n'est pas différenciée en superficiel et profond dans le CdAM (S361), et n'est donc pas un acte classant, alors que l'extraction de corps étranger profond de la peau et les tissus mous (QAGA004) est classant dans la CCAM.
- L'acte N850 (libération d'adhérences vulvaires) est classant car il n'est pas précisé s'il est chirurgical ou non, alors que l'acte CCAM de libération non chirurgicale de coalescence des petites lèvres (JMPP001) est non classant.
- Le code d'extraction non endoscopique de corps étranger du rectum ne précise pas la voie (ouverte ou anale) dans le CdAM (L380). Il est donc classant dans le GHM 232, alors que le code HJGD001 (extraction par voie anale) oriente vers le GHM 260.

Différences de codage liées aux règles d'utilisation de la CCAM

- La septoplastie inclut la turbinectomie dans la CCAM, et oriente donc une intervention avec ces deux actes (GAMA007) vers le GHM 075. Avec le CdAM, l'association des deux actes dirige vers le GHM 074.
- La règle CCAM de codage des libérations d'adhérences péritonéales lors d'une exploration abdominale aboutit à un groupage différent selon la nomenclature : GHM 219 avec le code CdAM (L732) et GHM 234 avec le code CCAM (ZCQC002).
- La règle CCAM de codage en cas de coelioconversion classe ces actes dans le GHM 512 (coelioscopie exploratrice) avec la CCAM, alors qu'ils allaient auparavant dans le GHM 516, en cas d'orientation dans la CMD 13.
- La règle CCAM de ne pas coder les actes diagnostiques (biopsie osseuse) se pratiquant par une même voie d'abord que l'acte thérapeutique (évidement osseux) amène à un GHM différent quand la biopsie osseuse est située avant le geste thérapeutique dans l'arbre de groupage (par exemple, GHM 303 et GHM 310).
- Le non-codage de l'ostéosynthèse lors d'un évidement osseux avec la CCAM, alors qu'elle était codée avec le CdAM, aboutit à un changement de GHM dans certains cas : GHM 297 -> GHM 309.

Actes non existants ou moindre précision dans la version V0 ou V0bis de la CCAM

- Après exploration chirurgicale artérielle et veineuse, il s'avère qu'un pontage artériel du membre inférieur est impossible. Pas de codage possible, ni en CdAM ni en CCAM.

- Mauvaise cicatrisation de l'hélix après otoplastie. Exérèse de la cicatrice et autoplastie. Il est possible de coder avec le CdAM (J011 ou J015), amenant au GHM 106. Par contre, pas de code correspondant dans la CCAM. Une éventuelle assimilation (CAMA022) amène au GHM 074.
- Il n'existe pas d'acte de fermeture de fistule rectovésicale (chez une femme hystérectomisée) dans la CCAM.
- Il n'existe pas d'acte de taille vésicale dans la CCAM
- Certains actes s'adressent à l'ensemble du membre supérieur dans la CCAM (par exemple MZFA006) alors qu'ils étaient détaillés dans le CdAM (par exemple W251), aboutissant à un changement de GHM (312 -> 309).

Différences expliquées par une affectation différente dans l'arbre de groupage

Les cas repérés sont peu nombreux au regard du nombre d'actes classant et ont fait l'objet de modifications dans la version 9 de la classification des GHM chaque fois que cela était possible.

Conclusion

51 dossiers (6,9%) présentaient une différence de groupage, sans erreur de codage, entre le codage en CCAM et le codage en CdAM.

Une part de ces erreurs est liée à l'insuffisance de description du CdAM et au gain de précision acquis par la CCAM.

Une autre part est liée aux contraintes différentes dans l'association des codes lors de l'utilisation de la CCAM (principe de l'acte global).

Une troisième part (faible) est liée aux actes non décrits dans la CCAM.

Quelques incohérences dans les caractéristiques d'actes CdAM et CCAM équivalentes ont permis d'améliorer la « similitude de groupage » entre les deux modes de groupage dans la version 9 de la classification des GHM.

Enfin, il n'a pas été possible dans le temps imparti d'évaluer si ces différences de groupage déséquilibrent de manière systématique le codage en CdAM ou en CCAM au profit de l'un ou de l'autre, ou si ces différences de codage s'équilibrent, en termes de points ISA.